

## Henvisning til fysioterapitjenesten

Den som søker tjenester	
Navn	Fastlege
Fødselsnummer (11 siffer)	Telefonnummer
Adresse	Postnr./Sted

Beskriv aktuell diagnose/problemstilling
Diagnose:
Hva er det du ikke får til/ikke mestrer/bekymrer deg for?:
Når oppsto aktuell utfordring? _____
<input type="radio"/> Brått funksjonstap <input type="radio"/> Gradvis funksjonstap <input type="radio"/> Stabilt forløp

### Til internt bruk:

Mottatt av:	Dato mottatt:	Prioritet/frist:
Terapeut:	Oppstart:	